

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel./cell. \_\_\_\_\_

in qualità di	<input type="checkbox"/> docente <input type="checkbox"/> assistente amministrativo <input type="checkbox"/> assistente tecnico <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico <input type="checkbox"/> coll. scol. (azienda agraria) <input type="checkbox"/> assistente amministrativo <input type="checkbox"/> guardarobiere <input type="checkbox"/> infermiere <input type="checkbox"/> istitutore <input type="checkbox"/> dsga <input type="checkbox"/> cuoco	presso	<input type="checkbox"/> la Scuola dell'Infanzia di <input type="checkbox"/> la Scuola Primaria di <input type="checkbox"/> la Scuola Secondaria di primo grado di <input type="checkbox"/> la Scuola Secondaria di secondo grado di <input type="checkbox"/> il Convitto di	<input type="checkbox"/> Alanno <input type="checkbox"/> Alanno Scalo <input type="checkbox"/> Cepagatti <input type="checkbox"/> Cugnoli
	<input type="checkbox"/> con contratto a tempo <input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> temporaneo			

**COMUNICA DI ASSENTARSI DAL SERVIZIO NEL/I GIORNO/I \_\_\_\_\_ PER**

**MALATTIA** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni \_\_\_\_ (art. 17, CCNL 2006/2009)

*visita specialistica*                       *ricovero ospedaliero*                       *altri casi*

Durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ Tel. /cell \_\_\_\_\_

**assistere un familiare in stato di handicap grave (Legge 104/92)**

*Giorni già goduti nel mese*    0            1            2

**CHIEDE DI ASSENTARSI PER IL/I GIORNO/I \_\_\_\_\_ PER**

- |                                                                                                  |                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Donazione sangue</b> (Art. 1, L. 584/67, C.M. n. 115 del 18.04.1977) | <input type="checkbox"/> <b>Mandato amministrativo</b> (Legge 265/99)                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Festività sopresse</b> (Art. 14, CCNL 2006/2009)                     | <input type="checkbox"/> <b>Motivi personali o familiari</b> (Art. 15, CCNL 2006/2009)<br><i>Giorni già goduti</i> 1            2 |
| <input type="checkbox"/> <b>Formazione</b> (Art. 64, CCNL 2006/2009)                             | <input type="checkbox"/> <b>Partecipazione a concorsi ed esami</b> (Art. 15, CCNL 2006/2009)                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Funzioni elettorali</b> (Art. 11, Legge 53/90)                       | <input type="checkbox"/> <b>Testimonianza ai processi</b> (art. 348 C.P.P e art. 255 C.P.C.)                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Lutto</b> (art. 15, CCNL 2006/2009)                                  |                                                                                                                                   |

**Diritto allo studio** (Art. 3, DPR 395/98) per \_\_\_\_\_

**Ferie** (Art. 13, CCNL 2006/2009). Fa presente che sarà sostituito nel modo che segue:

Ora	Classe	Docente	Firma
1^			
2^			
3^			
4^			
5^			
6^			
7^			
8^			

**Ferie (solo per il periodo estivo)**

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Altro caso previsto dalla normativa vigente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CHIEDE DI POTER FRUIRE DI UN PERMESSO BREVE nel giorno \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_ su numero \_\_\_\_\_ di ore di servizio giornaliero. Fa presente che sarà sostituito/a nel modo che segue:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ dall'ins. \_\_\_\_\_ Firma ins. \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ dall'ins. \_\_\_\_\_ Firma ins. \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ dall'ins. \_\_\_\_\_ Firma ins. \_\_\_\_\_

- Allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_  
 Si riserva di presentare la documentazione giustificativa al rientro in servizio.  
 Dichiaro sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, che

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(solo per il personale ata)

- Chiede di recuperare n. \_\_\_\_\_ giorni di lavoro straordinario effettuato.

ALTRA RICHIESTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con osservanza.

Alanno, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Parte riservata alla segreteria*

<i>(parte riservata al DSGA)</i>	<i>(parte riservata al Dirigente Scolastico)</i>
VISTA LA RICHIESTA <input type="radio"/> Si autorizza <input type="radio"/> Non si autorizza	VISTA LA RICHIESTA <input type="radio"/> Si concede <input type="radio"/> Non si concede
Il Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi (Maria Grazia Mettica) .....	Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Maria Teresa Marsili) -----